

## 高知県生産性向上支援事業費補助金交付要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、高知県補助金等交付規則（昭和43年高知県規則第7号。以下「規則」という。）第24条の規定に基づき、高知県生産性向上支援事業費補助金（以下「補助金」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

### (補助の目的)

第2条 県は、職場内の生産性向上・職場環境整備等を図るため、県内において、知事が認める病院又は診療所、訪問看護ステーションが行う生産性向上に資する設備導入等に要する経費に対して、予算の範囲内で補助金を交付する。

### (補助対象事業者、補助対象事業及び補助対象経費)

第3条 補助金の補助対象事業者、補助対象事業（以下「補助事業」という。）及び補助対象経費は、別表第1に定めるとおりとする。

### (補助率及び補助額の範囲)

第4条 補助金の交付額は、別表第1の補助対象経費の実額の合計額と補助基準額とを比較して少ない方の額を選定するものとする。ただし、算出された補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

### (補助金の交付の申請等)

第5条 規則第3条第1項の補助金等交付申請書の様式は、別記第1号様式とし、補助対象事業者はその他関係書類を添えて、知事に提出しなければならない。

### (補助の条件)

第6条 補助金の交付の目的を達成するため、補助対象事業者は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 補助金を交付の目的以外の用途に使用してはならないこと。
- (2) 補助事業の内容又は経費の配分等を変更する場合は、事前に別記第2号様式による変更（中止・廃止）承認申請書を提出して知事の承認を受けなければならないこと。
- (3) 補助事業を中止し、又は廃止する場合は、事前に前号の変更（中止・廃

- 止) 承認申請書を提出し、知事の承認を受けなければならないこと。
- (4) 補助事業が予定の期間に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合は、速やかに知事に報告し、その指示を受けなければならないこと。
- (5) 補助金に係る収入及び支出を明らかにした帳簿並びに当該収入及び支出についての証拠書類を補助事業の終了の翌年度から起算して5年間保管しなければならないこと。
- (6) 補助事業により取得した財産は、善良な管理者の注意をもって適正に管理するとともに、補助金の交付の目的に従ってその効率的な運用を図らなければならないこと。
- (7) 補助事業により取得した財産については、減価償却資産の耐用年数等に関する省令(昭和40年大蔵省令第15号)に規定する耐用年数に相当する期間内において、補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、廃棄し、貸し付け、又は担保に供する場合は、事前に別記第3号様式による知事の承認を受けなければならないこと。
- (8) 前号の規定により知事の承認を得て財産を処分したことにより収入があった場合は、当該収入の全部又は一部を県に納付しなければならないこと。
- (9) 補助金の交付を申請するに当たっては、当該補助金に関する消費税仕入控除税額等(補助対象経費に含まれる消費税及び地方消費税相当額のうち、消費税法(昭和63年法律第108号)の規定により仕入れに係る消費税額として控除することができる部分の金額及び当該金額に地方税法(昭和25年法律第226号)に規定する地方消費税の税率を乗じて得た金額をいう。以下同じ。)を減額して申請しなければならないこと。ただし、申請時において当該消費税仕入控除税額等が明らかでないものについては、この限りでない。
- (10) 補助事業の実施に当たっては、別表第2に掲げるいずれかに該当すると認められるものを契約の相手方としないこと等の暴力団等排除に係る県の取扱いに準じて行わなければならないこと。

#### (補助金の交付の決定)

第7条 知事は、規則第3条の規定による補助金の交付の申請が適当であると認めたときは、補助金の交付を決定し、通知するものとする。ただし、当該申請をしたものが別表第2に掲げるいずれかに該当すると認めるときを除く。

#### (交付決定の取消し及び補助金の返還)

第8条 知事は、補助対象事業者が次の各号のいずれかに該当すると認めたとき

は、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消し、又は変更することができる。この場合において、既に補助金が交付されているときには、知事はその全部は一部の返還を求めることができる。補助対象事業者は知事からの請求に応じ補助金を返還しなければならない。

- (1) 別表第2に掲げるいずれかに該当すると認められるとき
- (2) 本要綱第6条の条件に違反したとき
- (3) 補助金の交付を受けた後に交付対象施設等の要件に該当しないことが明らかとなったとき
- (4) その他不正な手段により補助金の交付を受けたことが明らかとなったとき

(実績報告等)

第9条 規則第11条第1項の補助事業等実績報告書の様式は、別記第4号様式によるものとし、補助事業の完了の日若しくは廃止の承認を受けた日から30日を経過した日又は当該年度の1月30日のいずれか早い日までに知事に提出しなければならない。ただし、申請時に報告を行っている者はこの限りでない。

2 補助対象事業者は、第6条第9号ただし書の規定により交付申請をした場合は、前項の実績報告書の提出に当たって、当該補助金に係る消費税仕入控除税額等が明らかになった場合は、これを補助金額から減額して報告しなければならない。

3 補助事業の完了後に消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額等が確定した場合は、その金額を別記第5号様式による消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書により速やかに知事に報告しなければならない。ただし、補助対象事業者が全国的に事業を展開する組織の支部、支社、支所等であって、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部、本社、本所等で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部、本社、本所等の課税売上割合等の申告内容に基づき報告しなければならない。

4 知事は、前項の規定による報告があったときは、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額等の全部又は一部を納付するよう命ずるものとする。

(情報の開示)

第10条 補助事業又は補助対象事業者に関して、高知県情報公開条例（平成2年高知県条例第1号）に基づく開示請求があった場合は、同条例第6条第1項の規定による非開示項目以外の項目は、原則として開示を行うものとする。

(グリーン購入)

第 11 条 補助対象事業者は、補助事業の実施において物品等を調達する場合は、県が定める「高知県グリーン購入基本方針」に基づき環境物品等の調達に努めるものとする。

(立入調査)

第 12 条 知事は、補助金に係る予算の執行の適正を期するために必要があると認められるときは、補助金の交付決定を受けた事業者に対して、報告させ、又は、本県職員にその事務所、施設等に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

附 則

この要綱は、令和 7 年 6 月 18 日から施行する。

別表第1（第3条、第4条関係）

| 1 補助対象事業者                                | 2 補助基準額                                            | 3 補助対象経費                                                                                                                                                                                                | 4 補助率 |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 令和7年3月31日時点でベースアップ評価料を届けでている病院           | 許可病床数 × 4 万円<br><br>許可病床数が4 床以下の有床診療所は1 施設× 1 8 万円 | I C T機器の導入による業務効率化<br>タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入<br><br>タスクシフト/シェアによる業務効率化<br>医師事務作業補助者、看護補助者等の職員に新たな配置によるタスクシフト/シェア<br><br>給付金を活用した更なる賃上げ<br>処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善 | 10/10 |
| 令和7年3月31日時点でベースアップ評価料を届けでている有床診療所（医科・歯科） |                                                    |                                                                                                                                                                                                         |       |
| 令和7年3月31日時点でベースアップ評価料を届けでている無床診療所（医科・歯科） | 1 施設× 1 8 万円                                       |                                                                                                                                                                                                         |       |
| 令和7年3月31日時点でベースアップ評価料を届けでている訪問看護ステーション   |                                                    |                                                                                                                                                                                                         |       |

1. 令和6年4月1日から令和8年3月31日までの取組を対象とする。
2. 補助対象経費に該当する取組を複数組み合わせた場合も対象とする。

別表第2（第6条、第7条、第8条関係）

- 1 暴力団（高知県暴力団排除条例（平成22年高知県条例第36号。以下「暴排条例」という。）第2条第1号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員等（同条第3号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）であるとき。
- 2 暴排条例第18条又は第19条の規定に違反した事実があるとき。
- 3 その役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者を行い、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含み、法人以外の団体にあっては、代表者、理事その他これらと同等の責任を有する者をいう。以下同じ。）が暴力団員等であるとき。
- 4 暴力団員等がその事業活動を支配しているとき。
- 5 暴力団員等をその業務に従事させ、又はその業務の補助者として使用しているとき。
- 6 暴力団又は暴力団員等がその経営又は運営に実質的に関与しているとき。
- 7 いかなる名義をもってするかを問わず、暴力団又は暴力団員等に対して、金銭、物品その他財産上の利益を与え、又は便宜を供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持又は運営に協力し、又は関与したとき。
- 8 業務に関し、暴力団又は暴力団員等が経営又は運営に実質的に関与していると認められる者であることを知りながら、これを利用したとき。
- 9 その役員が、自己、その属する法人その他の団体若しくは第三者の利益を図り、又は第三者に損害を加えることを目的として、暴力団又は暴力団員等を利用したとき。
- 10 その役員が暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有しているとき。

高知県生産性向上支援事業費補助金交付申請書兼口座振込依頼書

高知県知事 様

高知県生産性向上支援事業費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1. 申請者の情報

|               |  |        |        |   |
|---------------|--|--------|--------|---|
| 申請年月日         |  | 年      | 月      | 日 |
| フリガナ          |  | 住所・所在地 | 〒      |   |
| 病院等の名称        |  |        |        |   |
| フリガナ          |  | 事務担当者  | 氏名     |   |
| 開設者           |  |        | 電話番号   |   |
| (代表者の職・氏名も記載) |  |        | ファクシミリ |   |
|               |  |        | 電子メール  |   |

2. 交付申請額

|                   |          |  |
|-------------------|----------|--|
| 生産性向上・職場環境整備等支援事業 | 交付申請額(円) |  |
|-------------------|----------|--|

※ 上記交付申請額に消費税及び地方消費税に相当する金額を

☐ 含んでいません。(仕入控除額の報告は不要です。)

☐ 含んでいるため、下記について誓約し、報告を行います。

☐ 事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額が確定した場合は、速やかに知事に報告を行います。

☐ 報告に基づき、通知があった場合は、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の全部又は一部を県に納付します。

3. 振込口座

|           |  |         |  |  |  |  |  |       |  |       |  |  |  |
|-----------|--|---------|--|--|--|--|--|-------|--|-------|--|--|--|
| 金融機関名     |  | 金融機関コード |  |  |  |  |  | 支店名   |  | 支店コード |  |  |  |
| 口座番号(右詰め) |  |         |  |  |  |  |  | フリガナ  |  |       |  |  |  |
|           |  |         |  |  |  |  |  | 口座名義人 |  |       |  |  |  |

※ ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を記入すること。

4. 交付申請に関する誓約事項

- (1) 各事業に定めのある交付要件を満たしていることを誓約します。
- (2) 本補助金等に関する報告や調査について、厚生労働省又は県から求められた場合には、これに応じます。
- (3) 本補助金等の給付後、各事業に定めのある返還事由に該当した場合は各事業に係る補助金の全額を返還します。

5. 添付書類

- (1)振込口座の確認ができる通帳の表紙写し及び表紙裏の写し
- (2)補助対象となる取組に要した金額が確定している医療機関等は、事業申請書兼実績報告書(別紙1)を併せて提出すること。
- (3)補助対象となる取組に要した金額が未確定の医療機関等は、事業申請書(別紙2)を併せて提出すること。  
この場合においては、交付決定後に実績報告書(第3号様式)の提出を要します。

第2号様式（第6条関係）

第 号  
令和 年 月 日

高知県知事 様

住 所  
氏 名

補 助 事 業 変 更（ 中 止 ・ 廃 止 ） 承 認 申 請 書

令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で交付の決定  
がありました高知県生産性向上支援事業費補助金について、下記のとおり変更  
（中止・廃止）したいので、高知県生産性向上支援事業費補助金交付要綱第6  
条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 変更（中止・廃止）の内容及び理由

<以下2～3については、変更承認申請の場合のみ記載及び提出をお願いします。>

2 変更後の申請額 金 円

3 事業変更申請書（別紙様式3）

第3号様式（第6条関係）

第 号  
令和 年 月 日

高知県知事 様

住 所  
氏 名

### 取得財産処分承認申請書

高知県生産性向上支援事業費補助金により取得した財産を下記により処分したいので、本要綱第6条の規定により、承認して下さるよう申請します。

#### 記

- 1 品目
- 2 取得価格及び時価
- 3 取得年月日
- 4 処分の方法
- 5 処分の理由
- 6 処分予定価格
- 7 連絡先

（注）別に指示する資料を添付のこと。

高知県生産性向上支援事業費補助金実績報告書

高知県知事 様

保険医療機関名：

高知県生産性向上支援事業費補助金について、次のとおり報告します。

【支出額】

|        |
|--------|
| 支出額（円） |
|        |

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

☐ 令和 7 年 3 月 31 日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB 会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

|      | 設備名 | ①に要する支出額（円） |
|------|-----|-------------|
| 導入設備 |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
| 合計   |     | 0円          |

☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|          |  |
|----------|--|
| ②に要する支出額 |  |
|----------|--|

☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|          |  |
|----------|--|
| ③に要する支出額 |  |
|----------|--|

|       |    |
|-------|----|
| ①+②+③ | 0円 |
|-------|----|

数値チェック ○

|                  |    |
|------------------|----|
| ①+②+③≥支出額の場合の上限額 | 0円 |
|------------------|----|

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

（別紙）（病院・有床診療所）

保険医療機関名：

チェック欄に「✓」を付すこと。（複数選択可）

| 項目                       | チェック                     |
|--------------------------|--------------------------|
| 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）   | <input type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> |
| 0102 入院ベースアップ評価料（医科）     | <input type="checkbox"/> |
| P102 入院ベースアップ評価料（歯科）     | <input type="checkbox"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）         | <input type="checkbox"/> |

高知県生産性向上支援事業費補助金実績報告書

高知県知事 様

保険医療機関名：

高知県生産性向上支援事業費補助金について、次のとおり報告します。

【支出額】

| 支出額（円） |
|--------|
|        |

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

☐ 令和 7 年 3 月 31 日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び支出額】

☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB 会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

| 導入設備 | 設備名 | ①に要する支出額（円） |
|------|-----|-------------|
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
| 合計   |     | 0円          |

☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|          |    |
|----------|----|
| ②に要する支出額 | 0円 |
|----------|----|

☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|          |  |
|----------|--|
| ③に要する支出額 |  |
|----------|--|

|       |    |
|-------|----|
| ①+②+③ | 0円 |
|-------|----|

数値チェック ○

|                  |    |
|------------------|----|
| ①+②+③≥支出額の場合の上限額 | 0円 |
|------------------|----|

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

（別紙）（無床診療所・訪問看護事業所）

保険医療機関名：

チェック欄に「✓」を付すこと。（複数選択可）

| 項目                       | チェック                     |
|--------------------------|--------------------------|
| 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）   | <input type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）         | <input type="checkbox"/> |

高知県生産性向上支援事業申請書兼実績報告書

高知県知事 様

保険医療機関名：

高知県生産性向上支援事業について、次のとおり報告します。

【申請額】

|     |   |         |   |        |
|-----|---|---------|---|--------|
| 病床数 | × | 給付額     | = | 申請額（円） |
|     |   | 40,000円 |   | 0円     |

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

|      | 設備名 | ①に要する申請額（円） |
|------|-----|-------------|
| 導入設備 |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
| 合計   |     | 0円          |

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|          |  |
|----------|--|
| ②に要する申請額 |  |
|----------|--|

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|          |  |
|----------|--|
| ③に要する申請額 |  |
|----------|--|

|       |    |
|-------|----|
| ①+②+③ | 0円 |
|-------|----|

数値チェック ○

|                  |    |
|------------------|----|
| ①+②+③≧申請額の場合の上限額 | 0円 |
|------------------|----|

【誓約事項】 誓約事項のすべての項目にチェックマークがついた場合にのみ補助金を交付します。

- ☐ 本事業に関する書類を整理し、令和13年3月31日まで保管します。
- ☐ 申請内容について、重複する他の補助金等の交付を受けていません。
- ☐ 虚偽その他不正な手段により補助金の交付を受けません。

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

（別紙）（病院・有床診療所）

保険医療機関名：

チェック欄に「✓」を付すこと。（複数選択可）

| 項目                       | チェック                     |
|--------------------------|--------------------------|
| 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）   | <input type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> |
| 0102 入院ベースアップ評価料（医科）     | <input type="checkbox"/> |
| P102 入院ベースアップ評価料（歯科）     | <input type="checkbox"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）         | <input type="checkbox"/> |

## 高知県生産性向上支援事業申請書兼実績報告書

高知県知事 様

保険医療機関名： 

高知県生産性向上支援事業について、次のとおり報告します。

## 【申請額】

|         |
|---------|
| 申請額 (円) |
|         |

## 【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

## 【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

|      | 設備名 | ①に要する申請額 (円) |
|------|-----|--------------|
| 導入設備 |     |              |
|      |     |              |
|      |     |              |
|      |     |              |
|      |     |              |
| 合計   |     | 0円           |

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|          |    |
|----------|----|
| ②に要する申請額 | 0円 |
|----------|----|

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|          |  |
|----------|--|
| ③に要する申請額 |  |
|----------|--|

|       |    |
|-------|----|
| ①+②+③ | 0円 |
|-------|----|

数値チェック

○

|                  |    |
|------------------|----|
| ①+②+③≥申請額の場合の上限額 | 0円 |
|------------------|----|

## 【誓約事項】 誓約事項のすべての項目にチェックマークがついた場合にのみ補助金を交付します。

- ☐ 本事業に関する書類を整理し、令和13年3月31日まで保管します。
- ☐ 申請内容について、重複する他の補助金等の交付を受けていません。
- ☐ 虚偽その他不正な手段により補助金の交付を受けません。

事務担当者名： 電話番号： メールアドレス：

（別紙）（無床診療所・訪問看護事業所）

保険医療機関名：

チェック欄に「✓」を付すこと。（複数選択可）

| 項目                       | チェック                     |
|--------------------------|--------------------------|
| 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）   | <input type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）         | <input type="checkbox"/> |

高知県生産性向上支援事業申請書

高知県知事 様

保険医療機関名：

高知県生産性向上支援事業について、次のとおり申請します。

【申請額】

|     |   |         |   |        |
|-----|---|---------|---|--------|
| 病床数 | × | 給付額     | = | 申請額（円） |
|     |   | 40,000円 |   | 0円     |

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

|      | 設備名 | ①に要する申請額（円） |
|------|-----|-------------|
| 導入設備 |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
| 合計   |     | 0円          |

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|          |  |
|----------|--|
| ②に要する申請額 |  |
|----------|--|

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|          |  |
|----------|--|
| ③に要する申請額 |  |
|----------|--|

|       |    |
|-------|----|
| ①+②+③ | 0円 |
|-------|----|

数値チェック ○

|                  |    |
|------------------|----|
| ①+②+③≧申請額の場合の上限額 | 0円 |
|------------------|----|

【誓約事項】誓約事項のすべての項目にチェックマークがついた場合にのみ補助金を交付します。

- ☐ 本事業に関する書類を整理し、令和13年3月31日まで保管します。
- ☐ 申請内容について、重複する他の補助金等の交付を受けていません。
- ☐ 虚偽その他不正な手段により補助金の交付を受けません。

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

（別紙）（病院・有床診療所）

保険医療機関名：

チェック欄に「✓」を付すこと。（複数選択可）

| 項目                       | チェック                     |
|--------------------------|--------------------------|
| 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）   | <input type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> |
| 0102 入院ベースアップ評価料（医科）     | <input type="checkbox"/> |
| P102 入院ベースアップ評価料（歯科）     | <input type="checkbox"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）         | <input type="checkbox"/> |

高知県生産性向上支援事業申請書

高知県知事 様

保険医療機関名：

高知県生産性向上支援事業について、次のとおり申請します。

【申請額】

|        |
|--------|
| 申請額（円） |
|        |

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

|      | 設備名 | ①に要する申請額（円） |
|------|-----|-------------|
| 導入設備 |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
| 合計   |     | 0円          |

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|          |  |
|----------|--|
| ②に要する申請額 |  |
|----------|--|

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|          |  |
|----------|--|
| ③に要する申請額 |  |
|----------|--|

|       |    |
|-------|----|
| ①+②+③ | 0円 |
|-------|----|

数値チェック

○

|                  |    |
|------------------|----|
| ①+②+③≥申請額の場合の上限額 | 0円 |
|------------------|----|

【誓約事項】誓約事項のすべての項目にチェックマークがついた場合にのみ補助金を交付します。

- ☐ 本事業に関する書類を整理し、令和13年3月31日まで保管します。
- ☐ 申請内容について、重複する他の補助金等の交付を受けていません。
- ☐ 虚偽その他不正な手段により補助金の交付を受けません。

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

（別紙）（無床診療所・訪問看護事業所）

保険医療機関名：

チェック欄に「✓」を付すこと。（複数選択可）

| 項目                       | チェック                     |
|--------------------------|--------------------------|
| 0100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）   | <input type="checkbox"/> |
| P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）         | <input type="checkbox"/> |

高知県生産性向上支援事業変更申請書

【申請額】

|     |   |         |   |        |
|-----|---|---------|---|--------|
| 病床数 | × | 給付額     | = | 申請額（円） |
|     |   | 40,000円 |   | 0円     |

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

| 導入設備 | 設備名 | ①に要する申請額（円） |
|------|-----|-------------|
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      | 合計  | 0円          |

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|          |  |
|----------|--|
| ②に要する申請額 |  |
|----------|--|

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|          |  |
|----------|--|
| ③に要する申請額 |  |
|----------|--|

|       |    |
|-------|----|
| ①+②+③ | 0円 |
|-------|----|

数値チェック ○

|                  |    |
|------------------|----|
| ①+②+③≧申請額の場合の上限額 | 0円 |
|------------------|----|

（注）変更が発生した箇所については、変更後の金額及び内容の上に、変更前の金額及び内容を括弧書きで記入してください。

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

高知県生産性向上支援事業変更申請書

【申請額】

|        |
|--------|
| 申請額（円） |
|        |

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☐ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

| 導入設備 | 設備名 | ①に要する申請額（円） |
|------|-----|-------------|
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
|      |     |             |
| 合計   |     | 0円          |

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

|          |    |
|----------|----|
| ②に要する申請額 | 0円 |
|----------|----|

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

|          |  |
|----------|--|
| ③に要する申請額 |  |
|----------|--|

|       |    |
|-------|----|
| ①＋②＋③ | 0円 |
|-------|----|

数値チェック ○

|                  |    |
|------------------|----|
| ①＋②＋③≧申請額の場合の上限額 | 0円 |
|------------------|----|

（注）変更が発生した箇所については、変更後の金額及び内容の上に、変更前の金額及び内容を括弧書きで記入してください。

事務担当者名：

電話番号：

メールアドレス：